Rok LII. Kraków, dnia 30. sierpnia 1913. Nr 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KROLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z zakładu farmakologii doświadczalnej Uniw. lwowskiego. (Dyrektor Prof. Dr L. Popielski).

O jadowitych własnościach narządów

podał

Dr. Fr. Czubalski.

asystent zakładu.

I.

Zagadnienie jadowitości narządów jest jednem z najwięcej pociągających w całej fizyologii i patologii ludzkiej. Z pojęciem o jadowitości narządów łączy się pogląd, że w pewnych warunkach jadowite ciała narządów mogą się przedostawać do krwi i wywoływać zatrucie. Jest to więc objaw samozatrucia ustroju, — pogląd, tak bardzo podtrzymywany w patologii. Kiedy obecnie stanęła na porządku dziennym nadwrażliwość (anafilaksya), zaczęto utożsamiać objawy wstrząsu anafilaktycznego z działaniem wyciągów z narządów i w ten sposób szukać przyczyny wstrząsu anafilaktycznego w jadowitych ciałach narządów. Istotnie w wyciągach z narządów zostało znalezione ciało [Popielski [1]), Modrakowski [2]), Studziński [3]), Czubalski [4])], nazwane przez Popielskiego wazodylatyną, które przy wprowadzeniu do krwi wywołuje objawy, identyczne z objawami wstrząsu anafilaktycznego: obniżenie ciśnienia i niekrzepliwość krwi. Objawy te zostały poddane dokładnej analizie fizyologicznej, która cały ten złożony obraz sprowadzała do dwu zasadniczych zjawisk, a mianowicie: obniżenia parcia i niekrzepliwości krwi.

W przypadkach, w których ciśnienie krwi pod wpływem wazodylatyny w postaci wyciągu z narządów, peptonu Witte lub produktów trawienia innych ciał białkowych (kazeiny, owalbuminy) obniża się do zera, następuje śmierć w ciągu kilku minut, a niejednokrotnie w ciągu półtorej do dwóch minut przy objawach początkowo drgawek, a następnie zupełnej prostracyi, wywołanych niedokrwieniem mózgu. Mechanizm jadowitego działania narządów jest w tych przypadkach zupełnie jasny. Znamy dobrze ciało wywołujące śmierć, jak również znamy dokładnie wszystkie objawy, towarzyszące śmierci. Oprócz jednak tego mechanizmu jadowitego działania narządów istnieje drugi, opisywany przez cały szereg autorów (Cesa Bianchi [5]), Dold, Ogata [6]), Champy i Gley [7]), Roger [8]), Izar [9]), Aronson [10]) i inni).

Autorzy ci wyraźnie wskazują, że w ich doświadczeniach występują w naczyniach krwionośnych rozległe skrzepy, objaw wręcz przeciwny niekrzepliwości krwi, rozwijającej się pod wpływem wazodylatyny. Należało więc wyjaśnić, dlaczego jedne i te same narządy dają dwa tak odmienne obrazy działania. Przedewszystkiem zwraca uwagę fakt, podkreślony przez Popielskiego, że wazodylatynę otrzymuje się z narządów dokładnie roztartych, albo soków wyciśniętych z narządów. Popielski mówi, że dla otrzymania wazodylatyny należy zmiażdżyć, rozetrzeć narząd, aby rozerwać, uszkodzić komórki, w których znajduje się wazodylatyna. Jeżeli narząd pokrajać na mniej lub więcej duże kawałki i następnie zalać kwasem solnym, albo zagotować z wodą, to wazodylatyny nie otrzymujemy. Tymczasem wyżej wspomniani autorzy przygotowywali wyciągi na 0,9% NaCl w ten sposób, że narządów nie miażdżyli, ale krajali na duże kawałki. Otrzymany w ten sposób mętnawy, krwawy płyn bez uprzedniego gotowania lub jakiegokolwiek obrobienia chemicznego wprowadzali do krwi zwierzętom (przeważnie królikom) i badali zachowanie się zwierząt. Okazało się, że takie wyciągi przyspieszają nadzwyczajnie krzepliwość krwi, wprowadzone w odpowiednio dużej dawce wywołują w ciągu jednej do dwóch minut obfite skrzepy w naczyniach krwionośnych i wywołują przez to śmierć zwierzęcia. Wobec

1) Popielski. Ueber d. phys. Wir. von Extr. Archiv. f. d. ges Physiologie. Bd. 128, 1909 i Popielski und Panek, Chem. Untersuch, ueber das Vasodilatin. Tamże, Bd. 128.

2) Modrakowski. Ueber die Identität des blutdr. Kör. m. d. Vasod. Arch. f. die ges. Physiol. Bd. 133, 1910.

3) Studziński. Ueb. d. d. Blutdr. herb. Wirk. der Neb. Arch. für exp. Path. u. Phar. Bd. 65. 1911.

4) Czubalski. Ueb. d. Einf. des Darm. Arch. f. d. g. Physiologie. Bd. 121, 1908, oraz Ueb. d. Einf. von Curare. Arch. f. d. g. Physiol. Bd. 133, 1910.

5) Cesa Bianchi. Pathologica. T. 3, oraz Arch. ital. de biologie. T. 58. F. II, 1912, str. 187.

6) H. Dold i Sagio Ogata. Weiter. Stud. ueb. d. wäss. Org. Zeitschr. f. Immunitätsfor. B. 13, H. 6. str. 667.

7) Chr. Champy et E. Gley. C. r. Soc. biol. T. 70. 1911.

8) Roger. Toxic. des extr. pulm. Archives de méd. expérim. et d'anat. pathol. Nr 1. 1911.

9) G. Izar. Zur Kennt. d. tox. W. norm. Org. Zeitschrift f. Immunitätsfor. Bd. 16. 5—6 H. 1913.

10) Hans Aronson. Ueb. d. Giftw. norm. Org. und Muskelextr. Berl. kl. Woch. Nr 6. 1913.

tak różnego działania wyciągów z narządów, odpowiednio do różnego ich przygotowania, należało jeszcze raz zbadać dokładnie całą sprawę jadowitości narządów.

Badania swoje przeprowadziłem na 10 królikach i 5 psach. Wyciągi przygotowywałem z płuc wołu, królików i psów. Zwykły sposób przyrządzania wyciągu polegał na tem, że świeże płuco, pokrajane na średniej wielkości kawałki, zalewałem rozczynem fizyologicznym NaCl w stosunku 1 : 1; po 16—20 godzinach płyn zlewałem i wprowadzałem do krwi zwierzęcia. Należy tu odrazu zaznaczyć, że działający wyciąg otrzymujemy dopiero przy wyciąganiu dłuższem niż dwie godziny. Zatrzymam się najpierw na działaniu wyciągów na króliki.

Ponieważ zachowanie się królików przy śmiertelnych dawkach wyciągu było we wszystkich przypadkach jednakowe, przeto, żeby uniknąć powtarzania się, opiszę dokładnie jedno tylko doświadczenie, resztę zaś doświadczeń umieszczę w krótkości w tablicy I.

Doświadczenie z 13. V. 1913 r.

Królik wagi 2600 gr. Lewa tętnica szyjna połączona z kimografionem.

4 h 50′ — Wprowadzono do żyły szyjnej (v. jugularis) 10 c. sz. wyciągu z płuc wołu.
„ 50′ 21″ — skrzep w kaniulce połączonej z kimografionem
„ 50′ 45″ — królik się rzuca
„ 51′ 03″ — królik oddaje mocz i kał
„ 51′ 14″ — królik krzyczy
„ 51′ 23″ — źrenice rozszerzone ad maximum
„ 51′ 37″ — ciężki głośny oddech
„ 52′ 40″ — odruchy rogówkowe zniesione, brak oddechów.

Sekcya: Serce pracuje. W żyle głównej dolnej, żyle wrotnej i w żyłach płucnych duże skrzepy; w głównej górnej skrzepy pływające, częściowo krew płynna.

Przytoczone objawy: rozszerzenie źrenic ad maximum, drgawki, oddawanie moczu i kału przy zachowanej czynności serca wskazują niezbicie, że królik zginął z powodu zaduszenia. Przyczyną zaduszenia są rozległe skrzepy w żyłach, uniemożliwiające obieg krwi.

Należało dalej roztrzygnąć, czy ciała jadowite przechodzą do wyciągu z samej tkanki narządu, czy też ze znajdującej się w nim krwi, względnie limfy. W tym celu jeden płat płuca wołu jak najdokładniej przepłukałem wodą przez kaniulkę, wstawioną do żyły płucnej. Po przepłukaniu płuco było zupełnie białe. Z tego płuca zrobiłem w zwykły sposób wyciąg i wprowadziłem 10. V. 1913 r. do żyły królikowi wagi 3 kg. w ilości 10 c. sz. Po 2′—3′ wśród zwykłych objawów nastąpiła śmierć. Na sekcyi znaleziono liczne i duże skrzepy w żyłach.

Z faktu tego wynika, że ciało jadowite w wyciągach nie pochodzi z krwi. Następnie okazało się, że zagotowanie niszczy jadowite działanie wyciągów. Szczególnie ważną jest rzeczą, że po skłóceniu wyciągu z kaoliną, ze sproszkowanym węglem zwierzęcym, łojkiem (talcum), jadowitość ich ginie. Po przejściu przez sączek Berkefelda działanie wyciągów jest znacznie osłabione. Również wyciąg na N/10 HCl z pokrajanych płuc nie zabija królika. Natomiast długotrwałe wstrząsanie z granatkami, piaskiem, krochmalem ziemniaczanym i ryżowym, oraz sernikiem nie niszczy jadowitości wyciągu. Wyciąg, trzymany na lodzie nawet w ciągu 96 godzin, również nie traci na jadowitości.

TABLICA I.

Zwierzę doświadczalne	Wprowadzono do krwi	Działanie na królika
1) 6. V. 1913. królik 2550 gr.	10 c. sz. wyciągu z płuc z królika po 2-godzinnem wyciąganiu	królik żyje
2) 7. V. 1913 królik 2500 gr.	10 c. sz. wyciągu z płuc królika po 20-godzinnem wyciąganiu	+
3) 10. V. 1913 królik 3000 gr.	10 c. sz. wyciągu z płuc przepłukanych do białości	+
4) 13. V. 1913 królik 2600 gr.	1) 10 c. sz. wyciągu z płuc, po wstrząsaniu z kaoliną	królik żyje
	2) 10 c. sz. wyciągu z płuc, przygotowanego na kwasie solnym	królik żyje
	3) 10 c. sz. zagotowanego wyciągu z płuc na NaCl	królik żyje
	4) 10 c. sz. wyciągu z płuc przepłukanych do białości (wyciąg stał na lodzie 96 godzin).	+
5) 14. V. 1913 królik 1900 gr.	1) 10 c. sz. wyciągu z płuc, po wstrząsaniu z węglem zwierzęcym	królik żyje
	2) 10 c. sz. wyciągu z płuc, po wstrząsaniu z łojkiem	królik żyje
	3) 10 c. sz. wyciągu z płuc, po wstrząsaniu ze skrobią ziemniaczaną	+
6) 14. V. 1913 królik 2500 gr.	1) 10 c. sz. wyciągu z płuc, gotowanych w kawałkach przez 2′—4′	królik żyje
	2) 10 c. sz. wyciągu z płuc, po przepuszczeniu przez sączek Berkefelda	królik żyje
	3) 10 c. sz. wyciągu z płuc, po wstrząsaniu z granatkami i piaskiem	królik się niepokoi, rzuca, wreszcie się uspokaja i żyje
	4) 10 c. sz. wyciągu z płuc	dopiero po 8′ +
7) 21. V. 1913 królik 2600 gr.	10 c. sz. wyciągu z płuc, po wstrząsaniu z granatkami i piaskiem	po 2′ +
8) 21. V. 1913 królik 2000 gr.	1) 9 c. sz. zagotowanego wyciągu z płuc	królik żyje
	2) 9 c. sz. wyciągu z płuc po wstrząsaniu z węglem zwierzęcym	królik żyje
	3) 9 c. sz. wyciągu z płuc, po dwukrotnem pięciominutowem wstrząsaniu ze skrobią ryżową	+
9) 27. V. 1913 królik 2500 gr.	1) 12 c. sz 5% peptonu Witte	królik żyje
	2) po 2′ 40″ wprowadzono 10 c. sz. wyciągu z płuc	+

Ponieważ śmierć królika po wprowadzeniu świeżych wyciągów z narządów następuje z powodu skrzepów powstałych za życia w naczyniach, przeto ciekawą było rzeczą, jaka będzie jadowitość wyciągów, jeżeli poprzednio królikowi wprowadzimy do krwi ciała, zmniejszające krzepliwość krwi. Do takich doświadczeń używali Dold i Ogata[1]) hirudyny, przez której uprzednie wprowadzenie zabezpieczali zwierzęta od jadowitego działania wyciągów. W moich doświadczeniach pepton Witte, który jak wiadomo nie wywołuje niekrzepliwości krwi u królików, nie znosił wbrew twierdzeniu Aronsona zabójczego działania wyciągu z płuc. Przytoczę tutaj doświadczenie z dnia 27. V. 1913 r.

Królik wagi 2500 gr. Lewa tętnica szyjna połączona z kimografionem. Z prawej tętnicy biodrowej brano krew. Do żyły szyjnej wprowadzano ciała.

Krew prawidłowa wzięta do próbówki krzepnie po 6′ 30″.
12 h 29′ 50″ — wprowadz. 12 c. sz. 5% peptonu Witte
12 h 32′ 30″ — wprowadz. 10 c. sz. wyciągu z płuc
12 h 35′ — — śmierć królika wśród zwykłych objawów.
Przy sekcyi znaleziono ogromne skrzepy w naczyniach żylnych płuc, w obu żyłach głównych i w żyle wrotnej.

Fakt spostrzeżony przez Aronsona, że jadowity wyciąg w mieszaninie z 5 c. sz. 10% peptonu Witte traci swoje działanie, da się wytłumaczyć zmniejszeniem koncentracyi wyciągu przez dodanie do niej pewnej ilości peptonu Witte. W doświadczeniach swoich na królikach zauważyłem zjawisko, podawane także przez innych autorów. Zjawisko to polega na tem, że przez wprowadzanie do krwi wyciągów z osłabioną jadowitością można królika uodpornić przeciwko wyciągom, zabijającym w tej samej dawce króliki kontrolne. Jest to więc zjawisko uodpornienia, przez francuskich autorów zwane »skeptophylaxie« lub »tachyphylaxie«.

Doświadczenie z dnia 14. V. 1913 r.

Królik wagi 2500 gr.
6 h 02′ 01″ — wprowadz. do żyły szyjnej 10 c. sz. wyciągu z płuc po przesączeniu przez sączek Berkefelda.
Królik zachowuje się zupełnie prawidłowo.
6 h 24′ — wprowadz. 10 c. sz. wyciągu z płuc po wstrząsaniu z granatkami i piaskiem.
Królik się wyraźnie niepokoi, potem się uspakaja i zachowuje się zupełnie prawidłowo.

Doświadczenie z dnia 21. V. 1913 r.

Królik wagi 2600 gr.
11 h 04′ — wprowadz. do żyły szyjnej 10 c. sz. wyciągu po wstrząsaniu z granatkami i piaskiem.
11 h 06′ — 11 h 07′ — śmierć królika przy zwykłych objawach; przy sekcyi duże skrzepy w naczyniach żylnych płuc, w obu żyłach górnych i w żyle wrotnej.

W doświadczeniu z 14. V. królik został uodporniony przez mało jadowity wyciąg, przepuszczony przez sączek Berkefelda względem wyciągu o zwyczajnej jadowitości, jak to wykazuje doświadczenie z 21. V.

Wspomnę tutaj jeszcze o wpływie tych wyciągów na ciśnienie krwi. W większości przypadków ciśnienia krwi nie można było oznaczyć wskutek szybkiego wytwarzania się skrzepów w kaniulce, połączonej z kimografionem. Tam jednak, gdzie okres krzepnięcia był dłuższy, można było spostrzedz u królików skłonność do spadku ciśnienia. W doświadczeniu np. z 7. V. 1913 r. ciśnienie krwi u królika wagi 2500 gr. po wprowadzeniu 10 c. sz. wyciągu z płuc do żyły szyjnej spadło w ciągu 33″ z 66 mm słupa Hg do 42 mm.

(Dokończenie nastąpi).

[1]) Dold u. Ogata — Zeit f. Immunitätsfor. B. 14, 1 Heft str. 138. 1912 r.

Z kliniki chorób wewnętrznych Wszechnicy Kazańskiej.
(Dyrektor Prof. Dr Witold Orłowski).

W sprawie patogenezy rzucawki opłucnej przy wytwarzaniu sztucznej odmy piersiowej

Podali

Prof. Dr **Witold Orłowski** i asyst. klin. Doc. Dr **L. Fofanow.**

(Dokończenie).

Przechodzimy teraz do rozpatrzenia, jaką drogą mógł powstać u naszej chorej zator gazowy. Tu mogą być dwie możliwości, mianowicie, ostrze igły mogło trafić do naczynia krwionośnego, lub azot utorował sobie drogę do układu krwionośnego innym sposobem. Co do tej drugiej możliwości, to przedostawanie się azotu do naczyń krwionośnych mogło zajść w razie rozerwania się zrostów opłucnych i przechodzących w tych zrostach naczyń, lub przez przechodzenie azotu z jamy, w której on się znajdował pod wysokiem ciśnieniem, do światła naczyń ściany klatki piersiowej w razie ich zranienia przy przechodzeniu igły przez klatkę piersiową (przypadek Zinka (11); musimy wreszcie przypomnieć pouczające spostrzeżenie, które przytacza Brauer ze Spenglerem (3) (spostrz. XVII), gdzie zator gazowy powstał wskutek przedostawania się do naczyń krwionośnych płuc powietrza ze zranionych igłą pęcherzyków płucnych. Brak wszelkich bólów podczas wprowadzania azotu u naszej chorej, wskazania manometru i prawie 3-tygodniowe istnienie ograniczonej odmy sztucznej w miejscu wprowadzania azotu, — wszystkie te dane nie pozwalają przyjąć u naszej chorej powstania zatoru przez przedostawanie się azotu z jamy opłucnej w pęknięte naczynia zrostów lub zranione naczynia ściany klatki piersiowej, a to tembardziej, że chorą przez dłuższy czas poddawaliśmy sztucznemu oddychaniu, podczas którego uciskaliśmy silnie klatkę piersiową, co doprowadziłoby do zupełnego ustąpienia odmy, jeślibyśmy w naszym przypadku mieli omawiany mechanizm powstania zatoru gazowego.

Przechodząc do powstania zatoru gazowego drogą, która wchodziła w grę w spostrzeżeniu XVII Brauera ze Spenglerem, zaznaczymy przedewszystkiem, że mechanizm taki wymaga współdziałania kilku czynników, mianowicie zranienia tkanki płucnej igłą, zrostów płuca z klatką piersiową i forsownego oddychania. W razie skojarzenia tych czynników łatwo może dojść do rozerwania się tkanki płucnej, uszkodzonej igłą, a w następstwie tego powietrze z pęcherzyków płucnych może uledz aspiracyi do jakiejkolwiek żyły płucnej, która, będąc otoczona naciekłą tkanką płucną, utraciła właściwość zapadania się. Tą więc drogą może powstać zator gazowy. Ponieważ jednak nasza chora

przez cały czas wytwarzania odmy leżała zupełnie spokojnie, nie kaszlała i oddychała równomiernie, to przyjąć tu takiego mechanizmu powstania zatoru gazowego nie możemy.

Wobec tego musimy rozważyć, czy nie zraniliśmy ostrzem igły jakiegoś naczynia krwionośnego. Dla zabezpieczenia się od tego przed wprowadzeniem azotu, po wprowadzeniu pierwszych 50 cm^3 i wreszcie przed wydobyciem igły przekonywaliśmy się za każdym razem zapomocą ochronnej igły, czy ostrze igły nie trafiło do światła naczynia krwionośnego. Nie uznając możliwości powstania zatoru gazowego tą drogą, odrzucając wszystkie wyżej podane sposoby, musieliśmy wobec ujemnych wyników poszukiwań znów zadać sobie pytanie, czy nie należałoby raczej odrzucić zatorowego pochodzenia napadów, czy nie należałoby raczej uznać zgodnie z Forlaninim, odruchowo opłucnej ich genezy. Uwzględniając jednak te dane, które wyżej już przytoczyliśmy, jako stanowczo przemawiające przeciwko odruchowemu pochodzeniu rzucawki opłucnej, nie możemy przyjąć tego u naszej chorej, a to tembardziej, że sama opłucna u naszej chorej po stronie lewej jest bezwątpienia znacznie zmieniona, przez co trudno wogóle oczekiwać z jej strony ciężkich objawów odruchowych. Gotowi jesteśmy raczej zadać sobie pytanie, czy istotnie otrzymaliśmy u chorej ograniczoną odmę piersiową, czy innemi słowy istotnie ostrze igły znajdowało się w jamie opłucnej. Na te rozważania naprowadza nas spostrzeżenie Nr 17, przytoczone przez Brauera i Spenglera; w tym przypadku bardzo doświadczony lekarz był przekonany, że ostrze igły znajdowało się w jamie opłucnej, która, jego zdaniem, była ograniczona i nieduża, jak to było i w naszym przypadku; na podobieństwo tego, cośmy spostrzegali u naszej chorej, i w tamtym przypadku manometr wykazywał nieznaczne ujemne ciśnienie z niedużemi wahaniami oddechowemi, wreszcie, po wprowadzeniu azotu w odpowiedniem miejscu można było wykazać »verstärkte Tympanie«; tymczasem, gdy chora podczas drugiego wprowadzania azotu w 5 dni po pierwszem nagle umarła wśród objawów rzucawki opłucnej, która okazała się przy badaniu zwłok skutkiem zatoru gazowego, to wykryło się, że w miejscu ukłucia igły opłucne ścienna i płuc były zupełnie zrośnięte, wskutek czego odma powstać nie mogła: pasmo »wzmożonego odgłosu bębenkowego« zależało, jak przypuszcza i sam autor, oczywiście od przylegania rozdętego żołądka. W naszym przypadku nie możemy jednak przyjąć tej możliwości, ponieważ otrzymaliśmy niezaprzeczalną ograniczoną odmę piersiową, która, jak wynika z podanej historyi choroby, przetrwała prawie 3 tygodnie.

Dla wytłómaczenia powstania u naszej chorej zatoru gazowego pozostaje nam tylko przypuszczenie takie, że pomimo niewątpliwego wprowadzenia azotu do ograniczonej jamy opłucnej, w jakąś chwilę przed ukończeniem wprowadzania gazu niespostrzeżenie ostrze igły wbiło się w tkankę płuca i, uszkodziwszy którekolwiek z jej naczyń, wprowadziło do niego pewną ilość azotu. Chwili tej jednak, gdy badaliśmy, gdzie się znajduje ostrze igły, nie potrafiliśmy uchwycić. Co prawda przez cały czas wytwarzania odmy piersiowej nie odczuwaliśmy koniuszkiem igły żadnego oporu, co wskazywałoby na to, że ostrze igły trafiło do tkanki płucnej, jak to czytamy w spostrzeżeniach Brauera i Spenglera Nr 15 i 16 powikłanych zatorem gazowym. Spostrzeżenie Nr 17 przytoczone przez tychże badaczy, wykazuje jednak, że nie zawsze możemy na mocy danych odczuwania orzec, gdzie w danej chwili znajduje się koniuszek igły. To samo dowodzi jedno z następnych naszych spostrzeżeń, które potwierdza jednocześnie słuszność przed chwilą wygłoszonego przypuszczenia co do powstania obrazu zatorowego u naszej chorej A. M. Mianowicie, u jednego z naszych chorych z silnymi zrostami opłucnymi, które szły od opłucnej ościennej do opłucnej płuca, gdy podczas dwunastego wdmuchiwania azotu wprowadziliśmy do jamy opłucnej 500 cm N, wahania oddechowe na manometrze nagle znikły, a ciśnienie, które przedtem było dodatniem, odrazu spadło do zera. Wdmuchiwania azotu zaprzestaliśmy i podaliśmy chorego natychmiast badaniu promieniami Röntgena. Okazało się, że, wbrew naszym oczekiwaniom, niespostrzeżenie dla siebie po wprowadzeniu 500 cm azotu przesunęliśmy igłę nieco głębiej i jej ostrzem trafiliśmy do jednego z zaznaczonych wyżej zrostów opłucnej, co jednak odczuć igłą nie mogliśmy. Jeśli w tym przypadku nie przerwalibyśmy dalszego wprowadzania azotu, kto wie, może przeżylibyśmy drugi przypadek »rzucawki opłucnej«.

Ze wszystkiego, cośmy powiedzieli, oczywistem jest, jak trudno w każdym poszczególnym przypadku rozstrzygnąć, w jaki sposób powstał zator gazowy, który wiedzie do obrazu klinicznego, zależnego, zdaniem Forlaniniego, od odruchu opłucnego, a zdaniem Brauera, właśnie od zatoru naczyń mózgowych. Dziwić się temu zresztą nie można, jeśli uprzytomnić sobie, że czasami nie wyświetla mechanizmu powstania zatoru gazowego nawet badanie zwłok. Na dowód zwracamy uwagę na spostrzeżenie 18 Brauera ze Spenglerem, w którem badanie zwłok chorej, zmarłej wśród objawów »rzucawki opłucnej«, wykryło w naczyniach włosowatych mózgu mnóstwo drobniutkich pęcherzyków gazowych, jednakże nie powiodło się wykryć drogi przedostania się ich do mózgu.

Zbierając wszystko, cośmy wyżej podali, dochodzimy do wniosku, że całokształt objawów, nazywany przez Forlaniniego »zupełną rzucawką opłucną«, nie może być tłómaczony odruchem z opłucnej na mózg i serce, lecz zależy od zatoru mózgowego, którego mechanizm powstania niezawsze możemy poznać nietylko za życia, lecz i przy badaniu zwłok. O ile w powstawaniu tego obrazu mogą w poszczególnych przypadkach odgrywać rolę czopki skrzepów z naczyń krwionośnych uciskanego azotem płuca, orzec tymczasem nie można. Dla rozwiązania tego zagadnienia są niezbędne dokładne badania anatomopatologiczne chorych, którzy zginęli wśród objawów »rzucawki opłucnej«. Lecz i dziś już możemy twierdzić, że mechanizmu zatoru organicznego nie można uznać w przypadkach o nader groźnym początkowym obrazie klinicznym i z następowem szybkiem przywróceniem stanu przednapadowego, chociażby nawet i z bardzo małym ubytkiem. Przypadki takie mogą być tylko wynikiem zatoru gazowego. Przytaczane przez Forlaniniego dla udowodnienia słuszności jego poglądu na »rzucawkę opłucną« przypadki »niewątpliwie« odruchowego jej powstania, jak również spostrzeżenia Sundberga, uważamy za zupełnie chybione, ponieważ te spostrzeżenia noszą cechy niezaprzeczalnego napadu organiczno-

mózgowego, przedstawiając pod tym względem zupełną analogię z naszem spostrzeżeniem.

Nie uznając odruchowej przyrody »zupełnych« postaci »rzucawki opłucnej«, nie odrzucamy jednak możliwości odruchowego pochodzenia poronnych jej postaci. Taką genezę mogą mieć skurcz głośni (spostrz. 29 Brauera i Spenglera), zwolnienie tętna (Spengler) ([12]), zawroty głowy, kaszel, zblednienie twarzy i t. d. Na korzyść tego zapatrywania można przytoczyć szereg ogólnie znanych faktów, np. powstanie napadu kaszlu w zapalnym okresie zapalenia opłucnej przy silnem naciskaniu na międzyżebrza i t. d. Pod tym względem nie możemy przyłączyć się do poglądu Brauera, który twierdzi, że tylko znaczniejsze podrażnienia opłucnej mogą wywołać z jej strony objawy odruchowe. Uwzględniając fakta, dotyczące odruchów w innych dziedzinach ustroju, trzymamy się tego zdania, że już samo nakłucie opłucnej, znajdującej się w stanie zapalnym, może, zwłaszcza u osób nerwowych, wywołać niektóre objawy odruchowe, lecz nie ciężkie objawy nerwowe o cechach ogniskowych porażeń mózgu (porażenie połowicze i t. d.). Nie odrzucając możliwości odruchowego pochodzenia niektórych poronnych i niezupełnych (jak mówiliśmy, ścisłej granicy między nimi Forlanini nie przeprowadza) postaci »rzucawki opłucnej«, uważamy jednocześnie za rzecz słuszną przyjąć zależność od zatoru gazowego nieduża ilością gazu takich jej przejawów, jak szybko przemijająca ślepota, krótkotrwające uczucie ciężaru w jednej kończynie, lekkie przyćmienie przytomności i inne, których powstanie jest zupełnie zrozumiałe z punktu widzenia krótko trwającego zatoru naczyń niektórych odcinków mózgu.

Piśmiennictwo. 1) Forlanini. Zur Behandlung der Lungenschwindsucht durch künstlich erzeugten Pneumothorax. Deutsche med. Woch. 1906, Nr 35; Die Indicationen und die Technik des künstlichen Pneumothroax bei der Behandlung der Lungenschwindsucht. Therapie der Gegenw. 1908, Nr 11—12; Apparate und Operationstechnik für den künstlichen Pneumothorax. Deutsche med. Woch. 1911, Nr 50—51; Die Behandlung der Lungenschwindsucht mit dem künstlichen Pneumothorax. Ergebn. inn. Med. Kinderheilk. 1912, t. IX. — 2) Saugman: Behandlung der Lungentuberkulose mittels künstlicher Pneumothoraxbildung. Beihefte zur med. Klinik. 1911, Heft 4. — 3) Brauer und Spengler. Erfahrungen und Ueberlegungen zur Lungenkollapstherapie. Beiträge z. Kl. der Tuberk. t. XIV, 1909; t. XIX, 1911; Brauer, Jahresber. f. ärztl. Fortbildung 1910. Ueber arterielle Luftembolie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1912, B. 45, 11 4—6. — 4) Schmorl. Zur Lehre von Eklampsie. Archiv f. Gynäk., t. 65, str. 504 i nast.; Untersuchungen über Puerperaleklampsie. Leipzig 1893 i Eklampsie ohne Krämpfe, Münch. med. Woch. 1908, str. 363. — 5) Seitz. Zur Klinik, Statistik und Therapie der Eklampsie. Archiv f. Gynäk. 1909, t. 87. — 6) Jürgens. Berliner klin. Woch. 1886, Sitzung der Berl. med. Gesellschaft 7. VII. 1886, obrady nad wykładem R. Virchowa: »Ueber Fettembolie und Eklampsie.« — 7) Lubarsch. Ergebnisse d. allg. Path. u. path. Anat. 1895. — 8) Konstantinowitch. Beitrag zur Kenntniss der Leberveränderungen bei Eklampsie. Ziegler's Beiträge zur pathol. Anat. 1907, t. 40. — 9) Weichardt und Piltz. Experimentelle Studien über die Eklampsie. Deutsche med. Woch. 1906, Nr 46. — 10) Heller, Mager i v. Schrötter. Ueber arterielle Luftembolie. Zeitschr. f. klin. Med. 1897, t. 32, Suppl. — 11) Weselitskij. Porażenia centralnoj nerwnoj sistemy pod wlijaniem wozdusznych dawlenij, prewyszajuszczych atmosfernoje. Kesonnaja boleźń. Newrołog. Wiestnik 1912, t. XIX. — 12) Spengler. Der Ablauf der Lungentuberkulose unter dem Einflusse des künstlichen Pneumothorax. Korresp.-Blatt für Schw. Aerzte 1909, Nr 23. — 13) Zink. Brauers Beiträge z. Kl. der Tuberk. 1913, t. 25. — 14) Hansen. Przytaczam podług Sundberga. — 15) Sundberg. Drei Todesfälle mit künstlichen Pneumothorax. Breuers Beiträge z. Kl. der Tuberkulose 1913, t. 26. — 16) Meyer-Wirz. Klinische Studien über Eklampsie. Archiv für Gynäkologie 1904, t. 71. — Reinecke. Ueber Eklampsie ohne Krämpfe. Centralblat für Gynäkologie 1908, Nr 8. — 18) Liepmann. Münch. med. Wochenschrift 1905, Nr 51, str. 2489. — 19) Esch. Münch. med. Woch. 1906, Nr 15, str. 629 i Centralblat f. Gynäkologie 1905, Nr 10.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

W cukrzycy można zapomocą podawania swoistych fermentów, rozkładających węglowodany, zmniejszyć cukromocz, przyczem działanie takich fermentów można wzmocnić przez dodatek innych nieswoistych fermentów. Na tej zasadzie zaleca Schnée podawać w cukrzycy kłaczyki »fermocylowe«, zawierające właśnie taką mieszaninę fermentów. Schnée zebrał w 4 przypadkach cukrzycy co do termocylu doświadczenia bardzo zachęcające, podając dziennie 3—4 kołaczyki. W jednym przypadku leczenie to przy podawaniu dziennie 180 gr. węglowodanów obniżyło cukromocz z 1,2% na 0,16%, w 2 przypadkach czyrakowatości wywołało po dwu tygodniach znaczną poprawę. (Zentr. f. inn. Med. 1912, 32). V. U.

Luminal, związek należący do grupy mocznika, okazuje się według mnogich już badań dobrym lekiem nasennym. Noehte (Reichs. Med. Anz. 1913, 3) zaleca jednak stosować go zrazu ostrożnie, poczynając u chorych wątłych (gruźlica i t. d.) od dawki 0,1. U chorych takich może w razie istniejącego nieżytu oskrzeli usposabiać luminal do powstawania zapaleń płuc. Istnieją także przypadki idyosynkrazyi wobec luminalu, objawiające się wystąpieniem osutki, która jest wskazówką zatrucia w poważnym stopniu. Między innymi opisuje taki przypadek König (Berl. klin. Woch. 1912, 40). Oprócz działania nasennego wywiera luminal w podnieceniach (u umysłowo chorych) wpływ uspokajający: stąd według Benedeka (Wiener klin. Woch. 1912, 42) można go użyć zamiast przetworów bromu. Zaletą luminalu jest także to, że koi bole. B.

Protargol stosował Sitzler w postaci zasypki na rany nieczyste, ropiejące, zwłaszcza przy zakażeniu prątkiem ropy błękitnej, z wynikiem bardzo dobrym. (Berl. kl. Woch. 1912, 40).

Pellidol i **azodolen** są to związki, pochodne amidoazotoluolu, podobnie jak szkarłat R i podobnie jak on pobudzające nabłonek do rozrostu. Nad szkarłatem mają one jednak tę wyższość, że nie farbują i że w zwykłych zaprawach maści bardzo łatwo się rozpuszczają. Maść pellidolową stosował Hoffa u osesków z bardzo dobrym wynikiem w przypadkach otrętu (intertrigo) w postaci maści 2%. Azodolen (mieszanina pellidolu z jodolenem) nie posiada nad pellidolem żadnej wyższości. (Deutsche med. Woch. 1913, 25). Haass poleca pellidol; azodolen w przypadkach wypryskowych zmian oka (Wochenschr.). Ther. u. Hyg. des Auges 1913, 40). Kl.

Poronne leczenie wiewióra udaje się według Lilienthala i Kohna zapomocą protargolu, jeżeli objawy podmiotowe nie trwały ponad dobę, jeżeli niema powikłań, a wypływ z cewki jest skąpy. Celem leczenia poronnego wstrzykuje się przez trzy dni 3 razy dziennie do przedniej części cewki na 4 minuty 8 cm. sz. 4—5% roczczynu protargolu. W połowie swych przypadków spostrzegali L. i K. już w czwartym dniu ustąpienie wszystkich objawów. (Med. Klinik. 1913, 7). B.

Ristin jako lek przeciw świerzbowi stosowali z dobrym wynikiem Treitel (Ther. der Gegenw. 1913, 2) i Moses (Mediz. Klinik. 14), Ristin jestto 25% roczczyn bedźwinowego estru etylenglikolu w alkoholu z gliceryną. Stosuje się go w postaci wcierań w zajęte chorobą części przez 3 do 4 dni z rzędu. B.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie w dniu 25. V. 1913 r.

I. Uchwalono przesłać życzenia pomyślnego rozwoju Towarzystwu Lekarskiemu, świeżo powstałemu w Piotrkowie.

II. Kol. Biegański w krótkiem wspomnieniu pośmiertnem skreślił zasługi naukowe ś. p. kol. Czajkowskiego z Sosnowca. Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie z miejsc. Kol. Bogucki, Nowacki i Wasilewski przyrzekli wziąć udział w pogrzebie w charakterze delegatów Towarzystwa.

III. Kol. Wasilewski przedstawił chorą **z cierpieniem ogniskowem móżdżku**. Choroba rozpoczęła się nagle przed 2 miesiącami silnym zawrotem głowy. Od tego czasu, oprócz zawrotów głowy, chód znacznie utrudniony. Odżywienie złe, ciepłota i tętno prawidłowe. W narządach wewnętrznych niema nic szczególnego. Białka i cukru w moczu niema. Niema porażeń, zaników mięsnych i rdzenia. Odruchy kolanowe bardzo wzmożone. Chód bardzo utrudniony, zbliżony do móżdżkowego. W zakresie czucia skórnego niezupełnie prawidłowe odnoszenie czuć dotykowych. W prawem oku lekkie zwężenie pola widzenia, poza tem ze strony oczu niema zmian żadnych. Czynność pęcherza i odbytnicy prawidłowa.

Dyskusya: Kol. Biegański sądzi, że rozpoznanie może się wahać między cierpieniem móżdżku i histeryą. Bezwzględne wyłączenie histeryi jest trudne.

IV. Kol. Biegański przedstawił dwoje dzieci: jedno z porażeniem rdzeniowem na tle **choroby Heine-Medina**, drugie — z porażeniem mózgowem na tle przebytego w pierwszym roku życia **zapalenia mózgu.** Po przedstawieniu zasadniczej różnicy w zachowaniu się układu mięśniowego, odruchów i inteligencyi w obydwóch przypadkach, opisuje kol. Biegański przebieg choroby Heine-Medina, podaje sposoby rozpoznawania jej w okresie gorączki, mówi o rokowaniu i leczeniu, wreszcie wypowiada przypuszczenie, że przypadek jego jest w związku z epidemią choroby Heine-Medina, która nawiedziła Królestwo w r. 1911 i została dokładnie opisaną przez Biehlerową.

Dyskusya: Kol. Stefan Kohn i Szaniawski podnoszą lecznicze znaczenie elektryzacyi. — Kol. Wacław Kohn mówi o etyologii choroby Heine-Medina i streszcza ostatnie badania Lavadilfiego, wykonane na królikach i małpach.

V. Kol. Rozenfeld przedstawił chłopca sześcioletniego z rozpoznaniem **migreny oczoporaźnej** (migraine ophtalmoplégique). Choroba rozpoczęła się nagle przed 3 tygodniami bardzo silnym bólem głowy i wymiotami. Bóle głowy występują zwykle 2—3 razy na tydzień, najczęściej pod wieczór i trwają około godziny. Wymioty były tylko 4 razy. — Ogólny stan dobry, w narządach wewnętrznych nie stwierdzono żadnych zmian, na szyi — powiększone gruczoły chłonne. W oku prawem — rozszerzenie źrenicy i drżenie pionowe niestałe.

Dyskusya: Kol. Biegański wyłącza organiczne cierpienie mózgu i rozpoznanie migreny oczoporaźnej (rozszerzenie źrenicy) uważa za prawdopodobne. — Kol. Stefan Kohn zwraca uwagę, że rozszerzenie źrenicy mogłoby być następstwem podrażnienia nerwu współczulnego pod wpływem powiększonych gruczołów chłonnych.

VI. Prowizor Nowak: **Wyniki badania mleka w Częstochowie**. Na wstępie referent wspomina o najważniejszych pracach polskich, poświęconych badaniu mleka, i dochodzi do wniosku, że piśmiennictwo nasze jest pod tym względem ubogie. Dalej mówi o biologicznych własnościach mleka, wyróżniających je od innych płynów i zwykłych mieszanin, podkreśla ważne znaczenie jednoczesnego badania mleka pod względem chemicznym i bakteryologicznym. Badanie referenta wykazało średnio: c. g. 1030, tłuszczu 2.5%, części stałych 10.65%, kwaśność 9.1 stopni, brudu 3 mm. Mleko z dzielnic, zamieszkałych przez ludność uboższą jest gorsze od sprzedawanego w śródmieściu. Jest rozcieńczane wodą, wykazuje obecność N_2O_5 i zawiera tylko 1% tłuszczu.

W ożywionej dyskusyi brali udział: Kol. Edward Kohn, Stefan Kohn, Wacław Kohn, Szaniawski, Biegański, i p. Nowak.

Po Kongresie londyńskim.

Nie jest naszym zamiarem zdać sprawę z naukowej działalności świeżo zakończonego Kongresu, tem więcej, że działalność ta nie we wszystkich sekcyach została już redakcyjnie opracowana. Spostrzeżenia i uwagi niżej podane dotyczą tylko organizacyi Kongresu, wrażeń doznanych poza sekcyami, oraz udziału w nim lekarzy polskich.

XVII. Międzynarodowy Kongres lekarski zaczął się, odbył się i zakończył tak, jak szesnaście jego poprzedników. Gdy idzie o wybranie miejsca na kongres międzynarodowy, trudno współzawodniczyć z Londynem, tem największem mrowiskiem ludzkiem, posiadającem nieprzebrane środki, oraz te tak liczne zakłady wszechwiedzy ludzkiej, będące nieodzownym warsztatem dla rozpromieniowania zogniskowanej w kongresie nauki. Lecz ten podziwu godny obraz, który w cudzoziemcu wywołują zasoby wszechstronne wielkiego narodu angielskiego, zamąca się w pewnej mierze, gdy zwrócimy wzrok na szczegóły organizacyi londyńskiego Kongresu: nosił on nazwę »międzynarodowego«, a w istocie był obmyślany należycie tylko dla Anglików i Amerykanów. Nie wynikło to, jak mniemamy, z zamiaru, lecz z osobliwego światopoglądu Anglików na ich stosunek do innych narodów. Anglik całą siłą swego ducha wciela się wyłącznie we własny swój naród, a resztująca rzesza narodów, żyjących poza Albionem, ma dla niego znaczenie drugorzędne. Źródła tego rzekomego odosobnienia dopatrywaćby można w wyspiarskiej odrębności tego narodu, w jego wielowiekowych z żywiołowemi mocami ciężkich walkach, które zawsze staczał samodzielnie, bez udziału innych narodów. Dla dowcipu powtarza się często rozmowę Francuza z Anglikiem: Francuz miał powiedzieć »gdybym nie był Francuzem, chciałbym być Anglikiem«; a na to Anglik: »a ja gdybym nie był Anglikiem, chciałbym zostać... Anglikiem«. W tych słowach kryje się dosadna charakterystyka pojmowania przez Anglików stosunków międzynarodowych: zamierzali urządzić kongres międzynarodowy, a uczynili go kongresem angielskim, mało się troszcząc o członków cudzoziemskich. To, że nieraz po 2 godziny oczekiwał nieznający angielskiego języka kongresista na odczyt w języku francuskim lub niemieckim, nie należy zaliczać do ujemnych stron posiedzeń sekcyjnych, gdyż na kongres, urządzony w Londynie, liczba członków Anglików i Amerykanów musiała być stosunkowo wielka; za to wadą organizacyi tego Kongresu było postawienie na czele różnych gałęzi komitetu gospodarczego ludzi, nie znających drugiego języka, nie wyjmując sekretarza generalnego, będącego przecież osią zarządu. Niemożność porozumienia się powodowała nie raz przykre zawikłania, jak np. powtórne składanie wpisowego itd. Drogowskazy w olbrzymiej Halli Alberta, gdzie się mieściły wszystkie biura, były wypisane po angielsku, a jeśli wyjątkowo w innym języku, to tak rzadko, że odpadała chęć szukania ich, stąd błąkanina, strata czasu, wreszcie zniechęcenie.

Wypowiedziawszy to, co mi leżało »na wątróbce«, przechodzę do tego, co mi leży »na sercu«. Synowie Albionu liczyli się z tem, że poza dzienną pracą na posiedzeniach są wieczory: więc każdy z członków Kongresu otrzymał dużo zaproszeń na różnego rodzaju przyjęcia, na których, obok wspaniałej strony zewnętrznej, górowała gościnność, uprzejmość, powaga i jeszcze zawsze coś, co poucza i rozjaśnia. Te cnoty i zalety towarzyskie budziły w sercach członków Kongresu, zwłaszcza cudzoziemskich, gorące uczucia wdzięczności i uznania. Główną jednak atrakcyą był sam Londyn: trudno nam ukryć zachwytu i podziwu dla olbrzymich pierwszorzędnych zbiorów, nagromadzonych w muzeach, wystawach i innego rodzaju instytucyach londyńskich, które dla nas cudzoziemców były niewyczerpanem źródłem niezatartych a pogłębiających umysł wrażeń. Każdy okaz, obok tytułu, posiada treściwe pouczenie — tak, że znając język angielski, wzbogaca się wiedza niejako w sposób poglądowy, a tak dla wszystkich dostępny. Snać wcześnie odgadli Anglicy oświatowe znaczenie kolekcyonowania, a posiadając kolonie i in-

teresa we wszystkich częściach świata, bądź drogą kupna, bądź siłą, zdobyli okazowe unikaty, zebrane i ułożone tak, że z poznania ich odgaduje się poniekąd całą drogę rozwoju, którą odbył duch ludzki do dnia dzisiejszego.

Cóż powiedzieć o mieszkańcach tego kraju? Na pierwszy rzut oka uderza w Angliku postawa męska, siła fizyczna i równowaga psychiczna: to wyrobienie indywidualne jest dziełem ćwiczenia i urabiania od dzieciństwa, owocem przemądrej pedagogii domowej i wpływu środowiska. Rozmiłowanie się w wolności i samodzielności łączą Anglicy z bezwzględnem poszanowaniem władzy i porządku. Te zalety osobiste i społeczne Anglików, jako wzory do przyswojenia, nie powinny ujść uwagi niejednego narodu, ciążącego do modrego Dunaju lub mętnej Sekwany po płytkie i przemijające wrażenia.

Udział w Kongresie londyńskim Polaków był dość liczny. Włączywszy i płeć żeńską liczba uczestników polskich dochodziła setki, a może i przekraczała ją. Wielu lekarzy naszych nie zgłosiło się do Komitetu polskiego, bądź chodząc luzem, bądź też należąc do komitetów obcych. Ze wszystkich narodów, nie posiadających bytu politycznego, jedni Polacy, dzięki usilnym staraniom prezesa Komitetu polskiego na zjazdy międzynarodowe prof. Wicherkiewicza, mieli własne biuro, dyżury, książkę adresową i t. d. Większa liczba naszych kongresistów mieściła się w hotelu przy Cromwell Road i tu ogniskowało się nasze życie zbiorowe. W tem miejscu poczuwam się do obowiązku wyrazić w imieniu polskich członków Kongresu londyńskiego kol. Dr Lud. Rajchmanowi gorącą wdzięczność, który, jako stały mieszkaniec Londynu, samorzutnie, na pół roku przed kongresem ofiarował komitetowi polskiemu swoje pośrednictwo, a dzięki jego zabiegom, mieliśmy nie tylko mieszkania w wyżej wymienionym hotelu lub w jego blizkości, ale i salę dla zebrań i porozumiewań się. Wspólne narady okazały się w istocie potrzebne, bo nie bez smutku przekonaliśmy się, że zaczynamy być zapoznawani przez inne szczęśliwsze narody, że np. olbrzymia większość Anglików nie ma żadnego wyobrażenia o Polakach, o ich liczbie, piśmiennictwie, przeszłości i teraźniejszości. Głębsze zastanowienie się nad przyczynami tego, tak szkodliwego dla nas stanu rzeczy, przekonało nas, że pomijając warunki polityczne naszego bytu, sami w pewnej mierze stajemy się przyczyną jego, bo za mało po świecie nas »słyszą« i nas »widzą«. Na dwóch zgromadzeniach zastanawialiśmy się, jak w granicach jednego zawodu, stanowiącego jednak znaczny odłam inteligencyi polskiej, ten nieprawidłowy a wprost zdrożny stan rzeczy naprawić. Łatwo odgadnąć, że na pierwszem miejscu usiłowań położyli kongresiści polscy pomnożenie i pogłębienie odczytów na kongresach międzynarodowych i wezwali Komitet stały, ażeby w tym względzie rozwinął wcześnie jak najgorliwszą działalność. Poczyniono przytem godne zastanowienia uwagi: przysłuchując się odczytom, wygłaszanym na posiedzeniach sekcyjnych, nie trudno przekonać się, że na dziesięć odczytów, może jeden ma treść nową, a reszta zaledwo dosięga tej skali, jaką jest przeciętna miara wartości odczytów, wygłaszanych w naszych Towarzystwach lekarskich. Jest to rzeczą podniosłą z naszej strony, albo występować z odczytem o treści oryginalnej, nowej, albo milczeć; ale, gdy ta nasza subtelność etyczna wypada na niekorzyść sprawy ogólnej, bezwzględna skromność, której nie przestrzegają inne narody, nie jest pożądana. Ażeby na obczyźnie nietylko nas »słyszano«, zwłaszcza, że kongresy międzynarodowe odbywają się co lat 4, uznano za rzecz pożyteczną dostarczać ogniskom pierwszorzędnym nauki lekarskiej, bibliotekom i t. d. wykaz prac, wykonanych przez lekarzy polskich w poprzedzającym roku, co już zapoczątkował prezes Komitetu polskiego, składając sekretarzowi generalnemu Kongresu ostatnie zeszyty »Przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego«.

W dalszym ciągu obrad lekarzy polskich w Londynie roztrząsano pytanie, w jaki sposób uwydatnić wyraźniej udział Polaków w kongresach międzynarodowych, aby nas »widziano«. Wyrażono przekonanie, że udział ten nietylko winien być liczny, ale i nosić na sobie cechy zbiorowości. W tym celu Komitet stały winien oznaczać miejsce, w którem mają się zjechać kongresiści polscy, skąd mogliby przybyć zbiorowo do siedziby kongresu, tu zamieszkać razem, albo w tej samej dzielnicy. W zgromadzeniach, przyjęciach, wycieczkach trzymać się powinni polscy członkowie kongresu gromadnie, a wyraźną odznaką odróżniać się od grup innych narodów. Wypełniając blankiet, mający służyć do otrzymania członkostwa kongresu, należy podać wyraźnie miejsce zamieszkania i przynależność państwową, którą najlepiej oznaczyć słowami: »Polska austryacka, P. rosyjska lub P. niemiecka«. W spisie Kongresu londyńskiego dostrzegliśmy pod tym względem dużo błędów, a przytem, pomimo polskiego brzmienia nazwiska, zarząd Kongresu dopisywał na chybił trafił przynależność państwową według uznania, zacierając polską narodowość członka, który sam nie oznaczył państwowej przynależności; tych powikłań, często krzywdzących nas, uniknąć można jedynie przez należyte oznaczenie narodowości według wyżej podanego wzoru [1]). Uznano w dalszym ciągu, że nieustające dążenie do uzyskania zmiany tego paragrafu statutu międzynarodowych kongresów lekarskich, który pozbawia narody, niemające bytu państwowego, praw samodzielnej reprezentacyi na kongresach, oraz delegatury w stałym komitecie, nie straciło na aktualności do dalszych starań, a prezesowi prof. Wicherkiewiczowi wyrażono gorące podziękowanie za protest ogłoszony w »Morning Post« przeciw zastosowaniu przytoczonego paragrafu podczas Kongresu londyńskiego. Wreszcie uchwalono, w celu zaznajomienia zagranicznego świata lekarskiego z naszemi instytucyami lekarskiemi (uniwersytety, piśmiennictwo, szpitale, służba zdrowia, statystyka i t. d.) wydać broszurę celowo opracowaną i rozesłać ją członkom ostatniego kongresu, a drugi nakład doręczyć uczestnikom przyszłego — w r. 1917. Dzięki pieniężnej ofiarności szlachetnej jednostki, a to u nas rzecz ważna, jak również dzięki zapałowi do pracy narodowej innej jednostki, która wzięła na siebie trudy wydawnictwa, wyjście tej broszury nie ulega wątpliwości.

Obrady polskich uczestników Kongresu londyńskiego wykazały chwalebną jednomyślność w ocenianiu wyżej przytoczonych spraw; nie odbiegały one od paragrafów statutu, ani od zapatrywań komitetu stałego, któremu zaofiarowano współdziałanie pod postacią podkomitetów, chociażby siedziba ich była poza Krakowem, gdzie urzęduje komitet stały. Pobyt nasz w Londynie zakończyliśmy »obiadem polskim«, na który przybyło kilkudziesięciu członków kongresu z rodzinami, oraz kilka wybitnych jednostek z kolonii polskiej, stale przebywających w Londynie. Dr August Kwaśnicki.

Uwagi terminologiczne.

Z powodu zapytań Dr Felsa, pomieszczonych w Nr 33. »Przeglądu«, otrzymaliśmy list od Dr Tomasza Mączki z Krakowa, który proponuje następujące nazwy:

1) Reifenbahre — »unośnik«, wyrażając zdanie, że »obręcznica« budzi wyobrażenie szeregu kół, a nie półkola. 2) Krankenaufrichter — »imadło«. 3) Bettscheere — »bezpiecznik«. 4) Krankenträger — wogole tylko »pielęgniarz«. 5) Verbandpäckchen i Verbandpatrone — »pakiecik« i »puszka« opatrunkowa. 6) Micrococcus — »ziarenkowiec«, jako już przyjętą nazwę.

Naszem zdaniem. 1) Reifenbahre byłoby najprościej tłómaczyć: »kabłąki« (kołdra na kabłąkach). 2) Krankenaufrichter — »dźwigadło«, jak podał prof. Bylicki. 3) Bettscheere — »podpórka zawiasowa«. 4) Blessiertenträger — »odnoszący rannych« (jak w »Słowniku lekarskim«; ogólne określenie tu nie wystarcza,

[1]) W tej samej sprawie identyczne uwagi otrzymaliśmy z Londynu od Dra Kuczewskiego. Red.

nie mówiąc o tem, że »pielęgniarz« jest słowem bardzo nieudatnem, choć niestety coraz więcej używanem). 5) Verbandpäckchen — »torebka« równie dobra jak »pakiecik«, Verbandpatrone — »patron opatrunkowy«. 6) »Ziarenkowiec« jest nazwą już przyjętą, a podobieństwo z nazwami »gronkowiec« i »paciorkowiec« jest niewątpliwie zaletą tej nazwy. Nazwę »ziarniak« należałoby zarzucić zupełnie, zachowując nazwy z taką końcówką wyłącznie dla nowotworów i wogóle guzów chorobowych (mięsak, tłuszczak... kilak, ziarniniak zakaźny... krwiak i t. d.). »Ziarenko« możnaby użyć chyba, mając na myśli jedno indywiduum »ziarenkowca«. C.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Projekt »Domu lekarskiego« w Krynicy zaczyna się urzeczywistniać. Według komunikatu, nadesłanego nam przez »Polskie Towarzystwo balneologiczne«, myśl stworzenia w Krynicy domu dla lekarzy mniej zamożnych a potrzebujących leczenia poruszył w Wydziale tego Towarzystwa ś. p. Prof. Pareński, a niezależnie od tego również Dr A. Biesiadzki, kierownik zarządu Krynicy. Dr A. Biesiadzki utworzył też na zasadzie statutu »Kółka lekarzy krynickich« miejscowy komitet, który zajął się zbieraniem składek przy gorliwym udziale r. Dr F. Piotrowskiego, skarbnika »Polskiego Tow. balneologicznego«. W nadesłanym nam komunikacie poruszono myśl wydania odezwy do wszystkich Towarzystw lekarskich polskich, utworzenia obszernego Komitetu złożonego z przedstawicieli wszystkich tych Towarzystw, pod przewodnictwem Dr A. Biesiadzkiego, pozyskania od rządu bezpłatnie gruntu pod budowę, uzyskania subwencyi od Izb i Towarzystw lekarskich, jakoteż zorganizowania na szeroką skalę składek wśród lekarzy i t. d.. Dla dyskusyi w tej sprawie otwiera swe łamy »Przegląd zdrojowo-kąpielowy« (adres Redakcyi: Dr J. Frączkiewicz, Kraków, Straszewskiego 26).

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 11. VIII. do 18. VIII. 1913 przypadków: ospy 1 † —, płonicy 6 † 5, duru wysypkowego — † —, róży —, czerwonki 2 † —, duru brzusznego —. Dr Trenkner.

Mianowani: Aubaret profesorem okulistyki w Marsylii. Profesorowie Eiselsberg i Fuchs we Wiedniu mianowani członkami honorowymi londyńskiego Royal College of Surgeons. Raimann, docent neurologii i psychiatryi — profesorem nadzw. we Wiedniu.

Zmarli: Dr Stefan Królikowski, prezes Tow. lek. Zagłębia Dąbrowskiego zmarł w Krakowie 19. b. m.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w sierpniu 1913.

Gazeta lek. Nr 31—34.: Kossakowski: O zachowaniu się nadnerczy w przypadkach wrodzonego braku jednej nerki (31—32). — Oczesalski: Przypadek wymiotów kałowych w przebiegu przełomów żołądkowych w wiądzie rdzenia kręgowego (31). — Jaroszyński: Rola wzruszeń w patologii (32—34). — Matuszkiewicz: Tuberculides papuloannulares (33). — Messing: O niektórych składnikach nieorganicznych mózgu w stanie normalnym i patologicznym (34).

Medycyna i Kronika lek. Nr 31—35.: Urstein: Wpływ okresu przekwitania na psychikę kobiety (31). — Neugebauer: Eugenika i położnictwo (31—32). — Giedgowd: O rozwoju i skostnieniu kości gnykowej (32). Bychowski: III przyczynek do rozpoznawania i leczenia chirurgicznego chorób mózgu (33—34).— Zamenhof: Z kliniki chorób błędnika (34—35).

Tygodnik lek. Nr 31—35.: K. Orzechowski: Metaluetyczne cierpienia układu nerwowego a wewnętrzne wydzielanie (31—32). — Lateiner-Mayerhoferowa i Dr Stanisław Progulski: Spostrzeżenia statystyczne nad sposobem żywienia osesków we Lwowie (31—32). — Wolf: Zapalenie plastyczne sieci (33—33). — Selzer: Uzdrowisko ludowe w Hołosku w r. 1912 (33—34). — Rydygier (jun.): Przyczynek do fizyologii ganglion stellatum (34—35).

Lekarz wileński Nr 7.: Rzętkowski: O wpływie środków i zabiegów leczniczych na przemianę materyi.

Przegląd chirurg. i ginekol. Zeszyt 1. Tom IX: Dobrucki: O wgłobieniu jelit. — Raum: Przyrząd Perthes'a do bezpośredniego drażnienia elektrycznością pnia nerwowego.

Neurologia polska T. III. Z. 3. Wizel i Zylberlastówna: Zjawiska psychogalwaniczne u umysłowo chorych. — Rotstadt: O cytologii płynu mózgowordzeniowego. — Pański: W kwestyi objawów, porażeniom połowiczym towarzyszących, lecz do ich obrazu klinicznego nie włączonych. — Sterling: Studya kliniczne nad t. zw. eunuchoidyzmem oraz pokrewnymi typami. — Radziwiłłowicz: Organizacya opieki rodzinnej w Szkocyi.

Kronika dentyst. Nr 8.: Hofung: Antiformina w praktyce dentystycznej. — Zawidzki (c. d.).

Przegląd higieniczny Nr 8—9.: Duchowicz: 1) Powietrze w szkołach rawskich. 2) Przyczynek do znajomości stosunków higienicznych w szkołach i w sądzie powiat. w Rawie ruskiej.— Szkoła p. Z. Strzałkowskiej.

Nasze Zdroje. Nr 17—18. Dr J. B.: O stracone miliardy polskie. — Aschkenazy: Helioterapia, kąpiel słoneczna. — Łobaczewski: Wir brauchen hier keine Polen. — Dorna: Watra a Krynica. — Nowy powiew hakaty pruskiej.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 8—9.: Jubileusz Tow. tatrzańskiego. — Niepowołany obrońca. — Z doliny Prutu. — Jaworze. — Dom lekarski w Krynicy. — Do wód i letnisk polskich! — Z wycieczki do Krynicy.

Słowo lek. Nr. 14—15:. Widoki w zawodzie lekarskim.— Ciechanowski: Stan sanitarny Galicyi (c. d.). — Łowczowski: O zjazdach koleżeńskich powiatu brzeskiego. — X. Y.: Jeszcze nieco o dyetach za szczepienie. — Stan szpitali krajowych i powszechnych w Galicyi (c. d.).

Głos lekarzy Nr 15—16: Mikołajski: 1) Wynagrodzenie za doniesienia o chorobach zakaźnych. 2) Jak postępować z Towarzystwami ubezpieczeń od wypadków? 3) Honorarya od chorych w klinikach. — Debata parlamentarna o zwalczaniu chorób zakaźnych. — XIV. międzynar. kongres alkoholowy. — Bechtierew: Istota w sprawie walki z alkoholizmem.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.